附件:

|  |
| --- |
| **山东省康复护理专科护士岗位培训申请表** |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生日期** |  | **照片** |
| **民 族** |  | **参加工作时间** |  |
| **工作单位** |  |
| **科室及职务** |  | **从事本专业工作年限** |  |
| **护士注册号** |  |
| **通讯地址** |  | **电子邮箱** |  |
| **身份证号** |  | **联系电话** |  |
| **毕业院校名称** | **毕业时间** | **学历** | **学位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **至今从事本专业工作经历** |  |
| **近五年参加教育培训情况** |  |
|  **工作单位意见(盖章）**  |
|  **年 月 日** |
|  **填表日期** |

##### 最高学历毕业证书（复印件）

##### 护士执业证书（复印件）

##### 身份证正反面（复印件）